



Domanda di iscrizione persone fisiche

Il/La sottoscritto/a _____		
nato/a _____	il _____	
CF _____	residente a _____	
Via _____	n. _____	Cap _____
Telefono _____	fax _____	
E - mail _____		

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ASSOCIAZIONE DIVULGAZIONE SCIENZE SOCIALI - ADiSS

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì

- di accettare integralmente lo Statuto dell'Associazione
 - di provvedere alla quota di iscrizione per l'anno 2017 pari a:
 - € 30,00 in qualità di **socio ordinario** in quanto ho un'età pari o inferiore a 35 anni;
 - € 80,00 in qualità di **socio ordinario** in quanto ho un'età superiore a 35 anni;
 - € 180,00 in qualità di **socio sostenitore** (80 Euro di quota ordinaria + Euro 100 erogazione straordinaria).
- con le seguenti modalità:
- bonifico bancario **IBAN IT88A0200801454000104745833** - causale: quota associativa socio ordinario under 35/over 35, socio sostenitore *Nome e Cognome*

Data _____ Firma _____

Pienamente informato delle finalità e modalità del trattamento, autorizzo il trattamento dei miei dati personali in conformità a quanto stabilito dalla legge vigente

Data _____ Firma _____

Il presente modulo compilato e sottoscritto, unitamente ad una copia del documento di identità, deve essere trasmesso all'Associazione all'indirizzo e-mail amministrazione@associazionediss.it.

Parte riservata all'Associazione

La presente domanda è stata esaminata in data _____

N. di iscrizione attribuito _____

Il Presidente